46e Année. — N° 39. Vendredi 29 Septembre 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Les poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de santé apparente. Quand peut-on cesser le traitement d'un syphilitique ? par M. Morel-Lavallée, p. 609. — **Bibliographie** : Les projectiles des armes de guerre ; leur action vulnérante, par H. Nimier et Ed. Laval, p. 613. — L'audition colorée, par le Dr Suarez de Mendoza, p. 613. — **Académie de médecine** : *Séance du 26 septembre 1899. — Présidence de M. Panas.* — Rapport de prix, p. 614. — Les poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de guérison apparente, p. 614. — **Association française pour l'avancement des sciences** : 28e session tenue à Boulogne-sur-Mer du 14 au 21 septembre (*Suite*). Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urètre en particulier, p. 614. — L'endodiascopie, sa technique et ses résultats, p. 615. — Gibbosités expérimentales, p. 616. — Sur la médication euphorique, p. 617. — Diphtérie humaine et diphtérie aviaire, p. 617. — Exulcérations de la muqueuse stomacale au cours d'une cirrhose hépatique. Gastrorragie mortelle, p. 618. — Hémorragies de la muqueuse de l'estomac dans l'inanition expérimentale, p. 618. — Guérison de hernies par l'usage du tour des tourneurs en bois, p. 618. — La tuberculose en Tunisie, p. 618. — Résultats éloignés de l'électrolyse de l'urètre, p. 619. — Traitement du glaucome chronique simple par la galvanisation du sympathique cervical, p. 619. — Le courant et l'effluve statiques induits ; leurs applications thérapeutiques, p. 619. — Variations électriques du cœur, p. 619. — Eléphantiasis du nez, p. 619. — L'enfance, l'école et l'hygiène au village, p. 620. — Un cas de tuberculose herniaire, p. 620. — Action des sécrétions internes sur les centres vaso-moteurs, p. 620. — Badigeonnages de gaïacol, p. 620 — Effets psychiques de la caféine, p. 621. — **Intérêts professionnels** : Condamnation pour emploi illicite d'un mémoire médical, p. 621. — Assistance médicale rurale, p. 621. — **Correspondance**, p. 622. — **Variétés** : XIIIe congrès international de médecine (Paris 2-9 août 1900). Règlement et programme préliminaire, p. 622. — **Nouvelles**, p. 623. — **Bulletin bibliographique**, p. 624.

SYPHILIGRAPHIE

Les poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de santé apparente. Quand peut-on cesser le traitement d'un syphilitique ? (1).

Par M. Morel Lavallée,

Ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, médecin des hôpitaux.

Au mois d'avril de la présente année, le hasard me remit en présence d'un ancien camarade d'études avec qui j'avais été fort lié. M. X... était considérablement changé ; il s'aperçut de mon étonnement et me dit, ce qui se voyait du reste, qu'il avait, depuis huit ans, subi un amaigrissement colossal, ce qui n'avait pas laissé que de l'inquiéter. Bien que médecin lui-même et fort instruit, il s'était en vain examiné sur toutes les coutures pour trouver la cause de ce dépérissement injustifié.

(1) Communication à l'académie de médecine.

Je recherchai avec lui diabète, albuminurie, tuberculose, ou carcinome viscéral resté à l'état latent ; rien de tout cela ne pouvait être invoqué ; je me rejetai alors sur la syphilis, dont j'avais vu mon camarade atteint quelque vingt ou vingt-cinq ans auparavant. « C'est bien là, lui dis-je, la cause de ta dénutrition ; « nous allons vérifier ensemble si je ne suis pas dans « l'erreur ». J'avais tellement dans l'idée ce facteur étiologique, qu'à dire vrai, je tins bien à mon ami le raisonnement que je viens de dire, mais en sens inverse ; c'est-à-dire que, d'emblée, je lui déclarai qu'il devait presque sûrement attribuer son amaigrissement à la syphilis d'autrefois, et je m'assurai simplement *ensuite*, par acquit de conscience, qu'il n'avait ni diabète, ni albuminurie, ni cachexie latente, ce dont ses retours réitérés sur lui-même l'avaient déjà convaincu. Mon ami n'en revenait pas. « Mais, reprit-il, depuis un « temps infini, je n'ai plus eu la moindre manifesta- « tion de la vérole, et puis, avec quel soin et quelle per- « sistance n'ai-je pas fait le traitement prolongé sous « la direction de nos maîtres de Saint-Louis ! Or, je le « répète, je n'ai jamais rien revu depuis plus de quinze « ans ».

Ma conviction était faite : en dehors des phénomènes de dénutrition à peu près fatalement inséparables de la période secondaire, à laquelle leur prédominance peut parfois imprimer un cachet tellement spécial qu'il m'a incité à donner à un type clinique le nom de *syphilis dénutritive secondaire*, il m'est assez fréquemment arrivé d'observer, en des mois ou des années déjà loin du début de l'infection, de véritables poussées aiguës de marasme se traduisant, chez des sujets en parfaite santé apparente, indemnes de tout accident cutané ou viscéral, par une grosse perte de poids et par un notable affaiblissement, mais par cela seulement. Ce fait curieux m'avait depuis longtemps frappé et je l'avais déjà signalé en 1888 (1).

Voici comment je m'en étais aperçu. En compulsant des observations de syphilis nerveuse, j'avais remarqué que les atteintes portées au système nerveux des syphilitiques, en dehors des cas où elles se trouvaient coïncider avec l'explosion secondaire ou avec des poussées cutanées plus âgées, pouvaient indifféremment ou bien se manifester sans autre phénomène morbide appréciable, ou bien se produire concurremment

(1) Les formes graves de la syphilis, in *Gaz. des hôp.*, 13 oct. 1888.

avec un affaiblissement des forces et de la nutrition. Ce qu'on observait alors à ce dernier point de vue était ceci : dépression de toute activité psychique, fonctionnelle, alanguissement, asthénie, perte rapide de poids; puis, fréquemment, et dans un court laps de temps, troubles du côté des phanères, à savoir : perte de cheveux (1), altération des ongles devenus cassants, et présentant souvent une striation transversale qui intéresse, en général, un seul doigt, assez souvent son homologue de l'autre main, puis reparaît toujours aux mêmes doigts si le syndrome pathologique vient ultérieurement à se renouveler. Là pouvait se trouver la source de grosses difficultés pour le diagnostic : en effet, pendant un temps plus ou moins long, on aurait à se demander si on avait affaire à une simple neurasthénie ou si l'on se trouvait en présence d'une psychose à l'état encore embryonnaire : à moins, ce qui est encore fréquent, que ce ne fût les deux à la fois.

Eh bien, ces « phases dénutritives », compagnes fréquentes des syphiloses nerveuses, je les observai ensuite à l'état isolé, dans le cours de véroles même bénignes, chez des sujets ne présentant aucun autre symptôme contemporain perceptible du côté de la peau et de l'intérieur; et, chaque fois, la preuve *a posteriori* était obtenue par la guérison à l'aide du traitement spécifique (mercure).

Malgré la possibilité de rencontrer ces accès consomptifs à l'état solitaire, je recherchai avec M. X... si nul trouble d'aucune espèce n'était intervenu dans sa santé depuis le début de son amaigrissement. Il nia tout d'abord ; mais j'insistai, lui demandant de préciser, si la mémoire le lui permettait, comment était venue cette dystrophie inattendue; si elle avait marché par à-coups, ou bien progressivement. Il finit par se rappaler que son amaigrissement, seul symptôme apparent (car il ne se souvenait même pas d'un affaiblissement appréciable simultané), avait bien commencé il y a huit ans, mais que,depuis lors, il avait procédé par saccades. « Je pesais à cette époque 132 livres, dit-il; en quel- « ques mois je maigris de 8 livres et tombai à 124; « puis je me rattrapai. Dans le cours de la troisième « année, je me repris à maigrir... Ah ! mais, au fait, « mon second baby est né, lui, dans la quatrième « année de ce cycle ! Il a donc été conçu dans la troi- « sième, c'est à-dire en plein processus d'amaigrisse- « ment (car je tombais alors de 124 livres à 115, et, « depuis j'ai oscillé pour remonter peu à peu à 118, « *poids actuel*) ; eh bien, mais, en effet, il lui est venu, « à lui, des lésions de rachitisme, tandis que mon pre- « mier garçon est resté superbe de santé ! »

Il était difficile d'avoir une confirmation plus éclatante de mon diagnostic. Voici un homme atteint, depuis vingt ou vingt-cinq ans, d'une syphilis à forme légère ; il se soigne pendant sept à huit ans, reste indemne depuis, se marie, est père d'un enfant sain, puis, au bout de quinze à seize ans de syphilis, se prend tout à coup, sans cause appréciable et sans autre trouble apparent, à maigrir d'une façon telle, qu'en huit années il a perdu 14 livres sur 132, soit le 1/9 de son poids. Or, il est bien évident que, pendant ces huit années, la nutrition a subi chez lui une atteinte profonde, et la fonte de la graisse, ou même de la chair musculaire, n'a pas été, dans la réalité, le seul trouble existant; bien au contraire, cette émaciation n'a du être qu'un des symptômes d'une phase, demeurée cliniquement presque latente, de la maladie. Et la preuve, c'est que cet homme, depuis si longtemps indemne de toute manifestation spécifique, et déjà père d'un enfant sain, a, dans cette même période, procréé un enfant qui, plus tard, se montrera atteint, non pas de syphilis héréditaire, mais de lésions *para-syphilitiques* (affectant, ici, la forme du rachitisme). Il y a là un *fait nouveau*, d'une importance considérable à maints égards. Je demanderai donc au lecteur quelques minutes d'attention particulièrement soutenue.

L'explosion des premiers accidents secondaires s'accompagne usuellement, comme je le rappelais plus haut, de troubles généraux, d'anémie, de pertes des forces; le malade subit un amaigrissement plus ou moins considérable : il perd très fréquemment 2, 4 ou plusieurs kilogrammes en quelques *semaines*, et mettra autant de *mois* environ à les recouvrer, mais jamais intégralement. Depuis plus de dix ans j'impose à tous mes clients l'obligation de se peser de dix en dix jours, et j'augure ainsi, d'après le déchet subi, du plus ou moins de gravité, de « force » de l'infection spécifique.

Ces phénomènes de dénutrition peuvent même s'exagérer à ce point qu'ils en arrivent à constituer, à eux presque seuls, un type spécial de la maladie : celui-là même précisément que je disais avoir dénommé autrefois *syphilis dénutritive secondaire*. On voit alors, dans ces cas exceptionnels, se dérouler le tableau d'une quasi anémie pernicieuse suraiguë. J'ai ainsi rapporté l'observation d'un homme qui, à la fin de la seconde incubation, avait *en deux mois* tellement maigri qu'*il n'osait sortir dans la rue de peur d'être la risée de ses voisins*.Il avait,dans ce laps de temps,perdu 19 kilogs, tombant de 151 à 113 livres. Or, il ne s'agissait pas là de la cachexie due au développement des symptômes de la *syphilis maligne précoce* : aucun autre symptôme, aucune ulcération n'avait encore paru.

Cette manifestation de la syphilis secondaire sous la forme exclusive, *larvée*, d'une cachexie foudroyante, est assurément exceptionnelle ; l'explication pathologique n'en paraît d'ailleurs pas présenter de difficultés; il s'agit évidemment là d'une infection septicémique réalisée d'emblée au plus haut degré par le virus syphilitique, quel qu'en soit d'ailleurs le mécanisme, virulence plus forte du contage, ou moindre résistance

(1) Dans un cas particulier, ce furent des rechutes de pelade qui se se produisirent à titre d'accidents dystrophiques du système pileux.

du sujet. Mais lorsque de semblables phénomènes viennent *ex abrupto* interrompre un état de santé parfaite au milieu de l'époque tertiaire, où faut-il en rechercher l'origine ?

Pour expliquer *les localisations du tertiarisme*, on a émis l'hypothèse qu'elles se produisaient en des points jadis touchés plus profondément que d'autres, lors de l'imprégnation secondaire, par l'élément infectieux ; c'est celui-ci qui, après y être resté en sommeil un temps plus ou moins long, et venant à se réveiller plus tard sous une influence indéterminée, réaliserait alors *sur place* les lésions *dites* tertiaires.

D'un autre côté, pour expliquer le *tertiarisme en général*, on peut, à l'exemple de M. Hutchinson, supposer que le virus, après l'invasion secondaire, s'est cantonné dans certains organes (foie rate) (?), *d'où* il pourra plus tard *faire rayonner dans l'économie* des incursions colonisatrices, causes des foyers tertiaires; d'où il pourrait encore, dirait-on aujourd'hui, déverser d'une façon continue ou intermittente, dans la circulation, le poison de ses toxines. On voit tout de suite la connexité de deux théories voisines, se rapportant à deux processus d'ailleurs inclus l'un dans l'autre. L'une attribue *la localisation* du tertiarisme sur un organe quelconque à ce que celui-ci, lors de l'invasion initiale, ou bien aurait été touché d'une façon plus violente, bien que silencieusement, par l'infection ou bien aurait, dès ce moment, retenu une colonie microbienne restée depuis lors en sommeil jusqu'à ce que son développement tardif et inattendu détermina *in loco* l'altération *dénommée tertiaire* ; tel serait, par exemple, le cas d'un malade qui, atteint d'*ictère secondaire*, présenterait plus tard de la *cirrhose syphilitique*. La seconde théorie imagine un viscère quelconque, la rate ou précisément le foie, emmagasinant, au moment de l'agression secondaire, le bacille de la syphilis ; et celui-ci, fructifiant à un moment donné, donnera ainsi lieu *au tertiarisme* en infectant « de ses embolies microbiennes, ou de ses ondées toxiniques », *non pas seulement l'organe où il aura trouvé l'hospitalité* pendant la *période latente*, mais l'économie toute entière. Et immédiatement, nous voyons se poser un nouveau problème : le tertiarisme, dont on a pendant longtemps, sans conteste comme sans raison, proclamé les accidents *non contagieux*, correspond-il à un état d'*infection générale* de l'économie, ou bien n'est-ce qu'une série d'*accidents locaux* (1) ? Cette dernière opinion semble la plus probable, et pourtant, ces accidents « purement locaux » peuvent, quelquefois, être tellement répétés et dispersés, qu'il devient difficile de dire ou de croire que le corps dans son ensemble, que la *tota substantia* puisse assister à ces catastrophes en gardant *indifférents* ses divers *milieux liquides ou nourriciers*.

Nous voilà rejetés à l'hypothèse qui voit dans le tertiarisme une nouvelle phase d'altération *totius substantiæ*? Soit. On ne peut nier cependant ce fait d'observation que les accidents tertiaires ont réellement pour caractéristique leur qualité *usuelle* de courte durée, d'unicité, de groupement (s'il s'agit de lésions à éléments multiples, *syphilides tuberculeuses*), d'isolement, au milieu d'une économie paraissant ordinairement restée indemne à un tel point, que la procréation d'enfants nés sains et demeurant sains est infiniment plus fréquente chez les syphilitiques tertiaires, même porteurs d'accidents, que chez les syphilitiques secondaires.

Cette « *septicémie redux* » d'un genre tout spécial n'existerait, en tout cas, qu'au moment même où se produiraient des processus tertiaires, étant passagère comme eux et récidivante à leur instar ; et encore devrait-on, ici, se demander s'il convient de l'envisager comme un « état infectieux » ou bien comme une phase d'*empoisonnement* correspondant, par exemple, à la saturation de l'économie par des toxines ? Au premier abord, cette idée sourirait assez, ou du moins paraît ingénieuse ; mais l'état actuel de la science ne nous permet pas une précision aussi exclusive. En effet, dans l'hypothèse actuelle, les accidents tertiaires résulteraient de la mise en circulation (puis de la fixation et de l'action destructive), sur les points sièges des lésions à venir, des produits élaborés par l'agent infectieux de la syphilis : celui-ci étant inopinément sorti du sommeil qu'il dormait au fond des retraites viscérales inconnues où l'on ignorait même qu'il eut été déposé lors de la généralisation secondaire de l'infection et conservé silencieusement depuis ; mais précisément, et c'est ce qui doit faire rejeter l'hypothèse « toxinique », les accidents tertiaires sont ceux qui, par excellence, obéissent, et le plus docilement, au traitement par les spécifiques, mercure compris. Il est donc difficile de les regarder comme relevant moins directement de l'élément pathogène que les accidents secondaires, eux que le traitement spécifique peut si difficilement prévenir ou juguler, comme il peut le faire pour les manifestations du tertiarisme. Est-ce qu'on trouverait aujourd'hui une seule autorité venant *affirmer* la non contagiosité, partant, la non spécificité éventuelle des ulcérations tertiaires?

Et pourtant, au point de vue théorique, il est regrettable qu'on ne puisse ramener le tertiarisme à un *état* d'intoxication *para-syphilitique* ; cela simplifierait les choses, et l'on comprendrait bien mieux l'hérédo-transmission des phénomènes dystrophiques constituant la para-syphilis, les ascendants se trouvant eux-mêmes, de par ladite hypothèse, rangés parmi les para-syphilitiques. Mais il est facile de voir, à ce simple énoncé, que l'on tombe dans l'absurde, puisqu'on en arriverait précisément ainsi à réunir à nouveau ce que nos maîtres ont eu tant de peine à séparer,

(1) Le viscère, qui aurait alors si malencontreusement donné un trop généreuse hospitalité au microbe syphilitique, jouerait dans ce cas le rôle d'un chancre virtuel, empoisonnant l'économie de ses émissions infectieuses successives, qu aucune éradication ne saurait empêcher.

à savoir : les dystrophies héréditaires infligées à la descendance par les grandes infections et intoxications chroniques, d'une part, et de l'autre, les symptômes *directs* de ces mêmes états morbides, sur le malade lui-même et sur ses enfants. Aussi bien, personne ne peut-il songer sérieusement à retirer à la syphilis les manifestations du tertiarisme, gommes du voile palatin ou syphilides tuberculeuses, ce qui n'a rien à voir avec la para-syphilis; et le tertiarisme, qu'il soit dû au virus figuré de la vérole, ou seulement à ses toxines, est bien de la syphilis *directe*, en *nature*, quoique nous ne puissions en donner les preuves convaincantes, telle que l'expérimentation en fournirait en produisant une inoculation positive de tissus gommeux ulcérés.

Cette discussion paraît être bien théorique et nous avoir antraîné loin de la vraie clinique : il n'en est rien. Revenons, en effet, au cas cité plus haut, de notre ami X. ., en proie à une *poussée de dénutrition tertiaire isolée* ; certes, c'est bien pour des cas semblables, où aucune lésion matérielle ne peut être prise sur le fait, que l'hypothèse d'intoxication toxinique serait séante au premier abord ; mais ces accidents, je l'ai dit, cette asthénie, cette émaciation, cèdent brusquement, au moins d'après ce que j'ai vu jusqu'ici, à l'administration du mercure.

Je ne reviens pas sur l'argument que j'en ai tiré tout à l'heure en faveur de la nature vraiment et franchement syphilitique de ces faits. Mais, et c'est ici que la contradiction commence, M. X... m'embarrasse subitement en me posant la question suivante : « Mais mon enfant, qui est rachitique, c'est-à-dire affecté d'accidents para-syphilitiques purement dystrophiques (encore qu'il s'agisse là d'une de ces dystrophies qu'affectionne particulièrement l'hérédo-syphilis), dois-je le soumettre au traitement spécifique? » J'avoue être demeuré absolument perplexe devant cette interrogation, émanée à l'improviste d'un père médecin et impatiemment suspendu à mes lèvres, trop flatteusement supposées compétentes dans ce cas particulier. C'est là un problème trop grave ; aussi, en tant qu'il dépendra de moi, « la question sera posée » dans les prochaines réunions des médecins de Saint-Louis ; mais, et c'est ce que je tenais à établir, c'est grâce à la discussion théorique un peu ardue à laquelle m'a contraint l'observation de M. X..., que j'ai été amené à poser l'énoncé de ce grave problème de thérapeutique clinique : « Où commence, où s'arrête la para-syphilis? »

Les manifestations de la para-syphilis sont-elles, au moins pour quelques-unes, justiciables du traitement spécifique?

Pour le cas actuel, j'ai cru devoir formuler un avis affirmatif.

L'histoire clinique de M. X... éveillait, en outre, dans mon esprit une question souvent discutée, mais qui ne l'a jamais encore été avec les éléments d'appréciation tout nouveaux que donne la méthode actuelle du traitement de la vérole, je veux dire le traitement méthodique prolongé, préventif, tel que l'institue mon très cher et éminent maître Fournier. On sait, en effet, que, jusqu'à une époque tout à fait rapprochée de nous, le traitement de la syphilis se composait, en tout et pour tout, de trois à quatre mois de pilules de proto-iodure, suivis, ou non, de quelque six semaines d'iodure de potassium à 1 ou 2 gr. par jour : 90 jours de pilules et 1 mois d'iodure représentaient, il y a bien peu de temps, le traitement classique de la vérole dans l'armée. L'apparition d'accidents ultérieurs était nécessaire pour qu'on songeât à soigner à nouveau le sujet considéré comme *blanchi*, sinon reconnu guéri.

L'accession possible au domaine de la syphilis d'une foule d'affections viscérales, de maladies générales, de neuropathies (qui, *lorsqu'*elles survenaient sous l'influence de la vérole, devenaient *alors*, de ce fait, autant de syphiloses quaternaires) devait fatalement faire envisager d'une façon différente le côté thérapeutique de l'infection fracastorienne. En même temps le professeur Fournier, puis, avec lui, toute l'Ecole de Saint-Louis, proclamait la nécessité d'instituer, au lieu et place du traitement opportuniste reconnu insuffisant, un traitement méthodique s'étendant, quelles que fussent la bénignité et la rareté des accidents des premiers mois, sur un certain nombre d'années comptées à partir de l'infection. Le sujet était alors — s'il était resté indemne depuis environ un an et qu'il pût exciper d'un traitement régulièrement suivi — jugé *pratiquement* guéri, à ce point qu'on lui donnait désormais l'autorisation de se marier. La durée de ce traitement méthodique et préventif, requise pour valoir au malade la délivrance d'une *patente nette*, variait d'ailleurs selon les auteurs, de trois ans environ (E. Besnier) à cinq années (A. Fournier).

Si, à l'hôpital, il est difficile, voire même impossible de persuader au malade la nécessité de prolonger aussi longtemps la cure spécifique, même avec un dossier syphilitique terriblement chargé, la clientèle de ville fournit un assez grand nombre d'exemples de gens éclairés, soigneux et même parfois timorés, qui — une fois achevé le cycle des cures espacées constituant le traitement méthodique établi d'après les données de l'expérience et de l'induction scientifique la plus justifiée — réclament de leur médecin, même en l'absence de tout accident nouveau, et à une date bien plus éloignée du début de l'infection, la reprise de nouvelles cures périodiques. Or, lorsqu'il m'est arrivé, à maintes reprises, d'interroger nos maîtres sur l'opportunité qu'il pouvait y avoir à accorder sur ce point satisfaction à des clients depuis longtemps indemnes, mais obéissant à des craintes pour le moment non motivées, la réponse que j'obtins fut presque invariablement celle-ci : « *Je ne me reconnais pas le droit*, dans l'état « actuel de la science, *d'imposer* à des sujets depuis « longtemps guéris en apparence, et qui se sont sou- « mis avec soin et régularité au traitement méthodique

« pendant les cinq années d'usage, *d'imposer à ces su-*
« *jets* la reprise indéfinie de la médication mercurielle et
« iodée qui, à la rigueur, peut n'être pas sans inconvé-
« nient, et dont l'utilité ne me paraît pas, dans ces cas,
« démontrée ».

Eh bien, et voici qu'elle va être ma conclusion : si je ne me reconnais pas non plus, en de pareille conjonctures, le droit « *d'imposer* » l'administration indéfinie de cures spécifiques en séries, je dois, d'un autre côté, déclarer ceci (1) : en présence des cas de contamination tardive publiés ces dernières années, des observations analogues à celles que je rapporte plus haut, et où le tertiarisme est venu frapper à l'improviste des syphilitiques méthodiquement, soigneusement et longtemps traités (et qui eussent volontiers accepté de se soumettre à une prolongation du traitement, si même ils ne l'ont pas réclamée), *je ne me regarde plus comme autorisé à répondre par la négative* aux propositions qui pourraient m'être désormais formulées par mes clients de revenir à des cures mercurielles (2) de trois ou quatre semaines, répétées deux ou trois fois par an, c'est-à-dire de prolonger le traitement spécifique conventionnel intermittent et cela pendant un temps *jusqu'à nouvel ordre indéfini*.

BIBLIOGRAPHIE

Les projectiles des armes de guerre; leur action vulnérante, par H. Nimier et Ed. Laval. F. Alcan, édit. Paris, 1899.

Lecture doublement intéressante que celle du livre de MM. Nimier et Laval.

Nous sommes bien ignorants, les profanes, de tout ce qui est traité dans ce petit livre, et, à chaque ligne, nous apprenons quelque chose en le lisant. Nous trouvons là des renseignements tout à fait en dehors de ce que nous avons étudié, et malgré le léger frisson à fleur d'épiderme qui nous passe, en lisant les déformations plus ou moins terribles du projectile quand il pénètre dans le corps humain, les recherches plus ou moins ingénieuses, pour augmenter les destructions de nos tissus par les balles ennemies, quand on voit quelle dose d'intelligence emploie la civilisation pour détruire des êtres humains, des sauvages ou autres, on se sent peu encouragé à admirer la triste nature humaine et on se contente d'apprendre à quelle sauce on sera mangé, à quelle balle on devra la blessure qui débarrassera la terre d'un être vivant.

MM. Nimier et Laval étudient, en tant qu'agents de blessures, les projectiles que lancent les armes à feu en service à notre époque. Ils les envisagent au double point de vue de leur masse et de leur mouvement; leur puissance vulnérante se mesurant, en effet, au produit de l'une par le carré de l'autre.

« Inerte, disent-ils dans leur introduction, le projectile nous intéresse par sa masse constitutive, ses dimensions, sa forme, son poids. Actif, il subit l'action des forces extérieures : pesanteur, résistance de l'air, qui modifient son mouvement et par suite sa puissance vulnérante. L'étude des projectiles au repos devra donc être complétée par celle du projectile en action.

Les auteurs ont admis une division qui s'impose en rapport avec les différences d'armement de l'artillerie et de l'infanterie. La première utilise les gros projectiles, la seconde tire les petits projectiles et bien que les modifications successivement apportées aux gros projectiles tendent de plus en plus à réduire ce que leur mode d'action vulnérante peut avoir de particulier, les auteurs leur consacrent un chapitre distinct.

Ces leçons, car le volume n'est que la reproduction du cours professé au Val-de-Grâce, sont éclairées par de nombreuses figures, par des schémas démonstratifs et, je l'avoue, j'y ai pris un grand plaisir.

Je suis sûr que tout lecteur y trouvera autant d'intérêt que j'en ai trouvé moi-même.

F. Verchère.

L'audition colorée, étude sur les fausses sensations secondaires physiologiques et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs, associées aux perceptions objectives des sons, par le Dr Ferdinand Suarez de Mendoza, 2e édition revue et augmentée; Paris, soc. d'éd. scientifiques, 1899.

Le Dr Suarez de Mendoza vient de remettre au point une question des plus intéressantes qu'il avait déjà étudiée dans une première édition datant de près de dix ans. Il s'agit de l'audition colorée ou des fausses sensations secondaires physiologiques et particulièrement des pseudo-sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons. Depuis son premier travail, on a publié de nombreux faits, il a paru un certain nombre de publications et de recherches, et nul n'était plus autorisé pour donner un travail d'ensemble coordonné que M. Suarez de Mendoza. Son ouvrage actuel contient un historique complet de la question et l'exposé des observations principales publiées, ainsi que les observations personnelles de l'auteur qui résume dans un chapitre les notions fournies par les observations et les explications proposées par les auteurs,

La question pathogénique de l'audition colorée reste encore incertaine, malgré la connaissance approfondie des faits. Toutes les théories proposées n'expliquent

(1) L'élément nouveau apporté dans cette façon d'envisager le traitement de la vérole, est que les observations nous manquent encore pour juger de la fréquence des accidents syphilitiques tardifs chez les sujets suffisamment traités, puisque le traitement suffisant ou jugé tel n'a été institué que depuis une vingtaine d'années, ce qui, à ce point de vue spécial, frappe de nullité toutes les observations antérieures.

(2) Je dis *mercurielle* parce que, des deux médicaments spécifiques, le mercure me paraît occuper de beaucoup la première place et être *seul* susceptible de jouir d'un pouvoir *préventif* à l'égard des manifestations syphilitiques.

les faits que d'une façon incomplète. L'auteur admet que les phénomènes peuvent dépendre d'une association d'idée datant de la jeunesse, développée d'une manière consciente ou inconsciente, ou bien dans d'autres cas d'un travail cérébral mal connu se rapprochant soit de l'illusion, soit de l'hallucination. La connaissance de ces faits a une certaine importance dans certaines professions au point de vue de la rectitude des perceptions colorées qui peuvent être influencées par des bruits ou des sons.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1899. — Présidence de M. PANAS

Rapport de prix. — M. LAVERAN lit son rapport sur les travaux envoyés pour le prix Larrey.

Les poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de guérison apparente. — M. MOREL-LAVALLÉE. (V. ci-dessus, p. 609).

A 3 h. 55 l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Laveran et un rapport de M. Berger.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

28e session tenue à Boulogne-sur-Mer du 14 au 21 septembre.

Suite (1).

Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urètre en particulier. — M. H. BORDIER (de Lyon), *rapporteur*. Avant d'exposer les détails de technique, il est utile, pour la clarté du sujet, de se rappeler les lois générales qui président à l'électrolyse des tissus vivants, tout en ne perdant pas de vue le genre d'organes sur lesquels portera l'action électrolytique.

Les tissus peuvent être considérés, au point de vue physique, comme un substratum poreux, imbibé d'une solution de chlorure de sodium à 7 0/00. Voyons ce qui va se passer :

Si l'on introduit dans les tissus deux électrodes métalliques reliées à une source d'électricité galvanique, l'électrolyte, constitué par la solution du Na Cl qui imbibe les tissus, va, sous l'action du courant, être décomposé en ses éléments Na et Cl.

A l'électrode négative, le sodium va se déposer, tandis que le chlore se portera sur l'électrode positive.

Les tissus qui se trouvent soumis à l'action de la soude formée autour de l'électrode négative sont détruits, et la destruction est proportionnelle à la quantité d'électricité. C'est cette effet de l'électrolyse qui a, pour le cas qui nous occupe, une importance capitale. Il faut bien le comprendre et bien examiner son action sur les tissus si l'on ne veut pas s'exposer à mal interpréter le résultat de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements.

(1) V. *France Médicale*, n° 38, p. 604.

Lorsqu'on a fait agir pendant un certain temps le pôle négatif sur un tissu vivant, on constate que l'effet ne se limite pas aux seuls points de contact entre l'électrode et les tissus voisins ; on voit, au contraire, une zone cylindrique qui, en coupe transversale, se montre sous la forme d'un cercle et dont la coloration grisâtre indique qu'il s'est produit des modifications biologiques excentriquement à l'aiguille reliée au pôle négatif.

Au point de vue du résultat ultérieur, il y a formation d'une eschare au niveau de l'électrode métallique, tandis que, dans les parties avoisinantes, il se fait, dans les jours qui suivent l'électrolyse, un travail de régression dû à la production de soude en proportion faible et, pour ainsi dire, de plus en plus diluée.

Tels sont les phénomènes, de première importance pour nous, qui prennent naissance pendant l'électrolyse des tissus vivants.

On peut traiter électrolytiquement les strictures qui peuvent siéger dans les divers canaux :

Rétrécissements de la trompe d'Eustache, du conduit auditif externe, des voies lacrymales, de l'œsophage, du rectum, du canal de l'urètre (chez l'homme et chez la femme).

Nous laisserons de côté les cinq premières variétés de rétrécissements pour insister d'une façon particulière sur la sixième, qui est la plus importante, tant par sa fréquence que par les services que peut rendre l'électrolyse dans leur raitement. Nous nous occuperons de l'application électrolytique dans les rétrécissements du canal de l'urètre de l'homme d'abord et de celui de la femme ensuite.

TRAITEMENT ÉLECTROLYTIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈIRE CHEZ L'HOMME. — Les procédés proposés pour appliquer l'électrolyse au traitement des rétrécissements du canal de l'urètre doivent être classés en deux catégories : 1° la méthode cherchant à faire acquérir brusquement un calibre suffisant au canal ; 2° la méthode dans laquelle le calibre de l'urètre n'acquiert un diamètre suffisant qu'après plusieurs séances d'électrolyse.

Avec la première méthode il faut à peine quelques minutes pour franchir les rétrécissements les plus serrés ! Dans l'urétrotomie interne, le temps est à peine plus court! L'analogie est grande entre l'urétrotomie interne et l'électrolyse linéaire ; on pourrait, par conséquent, baptiser celle-ci du nom d'urétrotomie interne électrolytique. Si l'on a reproché tant de fois à l'urétrotomie interne les récidives qui suivent son application, on doit reporter à l'électrolyse linéaire les mêmes critiques, et c'est, en effet, ce qui a été trouvé presque toujours. On comprend bien pourquoi la récidive est si facile dans les deux procédés ; les lèvres de la section, qu'elle soit électrolytique ou faite par une lame coupante, tendent en guérissant à se rapprocher l'une de l'autre et à produire, même après que le tissu cicatriciel se sera formé, un rétrécissement plus serré qu'avant l'opération. Mais on fait courir au malade un risque de plus que dans l'urétrotomie interne, si celle-ci a été faite aseptiquement : c'est que la très grande densité du courant au niveau de la lame électrolytique de l'appareil de Jardin peut amener, ainsi qu'on l'a constaté quelquefois, un phlegmon du périnée.

Après des objections aussi graves, on comprendra que nos conclusions soient absolument défavorables.

La seconde méthode ne fait acquérir au canal de l'urètre un calibre convenable et suffisant qu'après plusieurs séan-

ces ; on ne cherche pas ici, comme dans l'électrolyse linéaire et dans l'urétrotomie interne, à franchir rapidement le rétrécissement, de manière à pouvoir introduire immédiatement une grosse bougie, le n° 20 par exemple, mais on produit, au niveau de la stricture, des effets électrolytiques tels qu'un travail de régression se manifeste peu à peu et arrive, après plusieurs séances, à faire disparaître la majeure partie des tissus pathologiques qui, en proliférant dans la lumière du canal, avaient donné naissance au rétrécissement.

Après avoir étudié la topographie de l'urètre, on introduit le type convenable en ayant soin de choisir l'olive à visser au conducteur d'un diamètre supérieur de trois numéros (filière Charrière) au calibre de l'urètre au niveau du rétrécissement ; on sent alors l'olive arrêtée par la stricture. L'électrode positive spongieuse étant placée sur la peau du malade, soit sur la cuisse, soit sur l'abdomen, le courant est lancé très lentement et graduellement, pendant que l'opérateur maintient la bougie bien appuyée contre le rétrécissement : l'intensité ne doit pas dépasser 5 m A. On sent peu à peu l'olive s'enfoncer à travers la stricture urétrale qu'elle peut franchir quelquefois. Le courant est alors ramené lentement à zéro et on recommence ainsi pour chaque rétrécissement, s'il y en a plusieurs. Chaque séance doit durer de cinq à vingt-cinq minutes.

L'application est sans douleur ; les anesthésiques sont donc non seulement inutiles, mais ils seraient plutôt nuisibles, car ils empêcheraient le malade de tenir le médecin au courant de ce qu'il éprouve pendant la séance d'électrolyse.

Un autre avantage de cette méthode, c'est qu'il ne se produit jamais d'hémorragies, ni de phlegmons de la verge, et qu'enfin l'opération n'empêche pas le malade de vaquer à ses affaires après l'électrolyse.

Quel intervalle faut-il laisser entre deux séances consécutives ? D'après notre expérience et aussi d'après des recherches histologiques que nous allons bientôt rapporter, il est utile de laisser s'écouler un mois entre chaque séance électrolytique. On constatera ainsi que le numéro de la bougie que peut admettre un rétrécissement donné va constamment en croissant, ce qui s'explique par le travail de régression qui suit chaque application électrolytique.

Afin de nous rendre compte des modifications produites dans ces tissus par l'application du courant électrique, voyons les résultats fournis par les autopsies de malades ayant subi le traitement électrolytique. Ces observations, il faut le reconnaître, sont rares.

Seuls Parry et Newmann ont observé que, la plupart du temps, on ne retrouvait pas trace, même légère, des anciens rétrécissements, tout le canal étant recouvert d'une muqueuse normale.

Nous arrivons maintenant aux expériences anatomo-pathologiques tentées sur des animaux.

Nous avons entrepris, avec la collaboration de notre collègue M. Paviot, agrégé, des recherches expérimentales avec examen histologique sur les effets tertiaires de l'électrolyse appliquée dans l'urètre du chien.

Quoique ces recherches ne soient encore qu'ébauchées, le résultat d'une première expérience montre que le tissu cicatriciel n'était pas formé quarante jours après l'électrolyse et qu'il n'y avait même aucune tendance à sa formation. Evidemment, il faudrait attendre beaucoup plus longtemps pour pouvoir étudier ce qui se passe là où l'électrolyse a porté, c'est ce que nous nous proposons de faire bientôt.

Traitement électrolytique des rétrécissements de l'urètre chez la femme. — On s'est peu occupé du traitement des rétrécissements urétraux de la femme. Cela tient évidemment à la dilatabilité du canal qui fait que les rétrécissements produits à la suite d'une inflammation gonococcique passent souvent inaperçus.

Il peut cependant se présenter des cas où ces rétrécissements demandent un traitement, et, là encore, l'électrolyse est tout indiquée.

La brièveté du canal de l'urètre de la femme et la commodité de son cathétérisme rendent bien plus facile que chez l'homme le traitement électrolytique ; il est donc inutile que nous entrions dans de plus longs détails.

Conclusions. — Ce qui domine l'intérêt du traitement électrolytique, c'est l'étude que nous avons faite des effets tertiaires de l'électrolyse et il est intéressant de rapprocher les considérations que nous avons développées au début de ce rapport des conclusions histologiques auxquelles nous sommes arrivés par l'examen des tissus lésés par l'électrolyse. Les effets tertiaires de l'électrolyse apparaissent nettement ; la partie des tissus vivants en contact avec l'électrode active subit une escharification très nette ; ce point est bien établi, macroscopiquement et microscopiquement. La partie mortifiée sera d'autant plus épaisse que le courant sera plus intense, à durée égale, ou que le temps d'application sera plus long, à intensité égale. Voilà un premier fait acquis.

Mais ce qui nous intéresse bien davantage, c'est ce qui se passe plus profondément, dans les couches sous-jacentes à cette première partie escharifiée. Ces couches de tissus, placées excentriquement, subissent, elles aussi, nous avons insisté sur ce point, une action moins violente, moins brutale et qui est dues aux ions Na qui se répartissent dans l'intimité des tissus. La soude caustique est, pour ainsi dire, diluée, et cela d'autant plus que la couche considérée est située plus loin de l'électrode négative. Il y a donc, tout autour de la partie escharifiée et qui constitue une perte de substance, production d'effets tertiaires du plus haut intérêt pour nous ; ces effets tertiaires ont une marche très lente et ce sont eux qui empêchent la formation du tissu cicatriciel immédiatement au-dessous de la partie qui a subi l'action brutale, cautérisante du courant, comme cela a lieu dans le cas des cautérisations actuelles ou potentielles, faites par application directe du cautère sur les tissus.

On comprend combien ce point a d'importance. C'est grâce aux effets tertiaires qui se manifestent au-dessous des couches escharifiées, que l'on peut facilement expliquer les résultats durables du traitement des rétrécissements par l'électrolyse circulaire et l'absence de récidive si souvent constatée au contraire avec les autres procédés.

On voit que les déductions fournies par les expériences de physiologie et d'anatomie pathologique sont exactement confirmés par la clinique.

L'endodiascopie, sa technique et ses résultats. — M. L. Bouchacourt, *rapporteur*. Dès le début des applications médicales de la découverte de Rœntgen, on a songé à faire suivre au tube de Crookes, et à ses rayons, les voies natu-

relles d'accès dans l'organisme. L'assimilation de l'ampoule à une lampe produisant des rayons très pénétrants, quoique invisibles directement, conduisait fatalement à cette idée.

De plus, il était manifeste que l'introduction du tube de Crookes dans les cavités pelvienne et buccale, outre qu'elle diminuerait beaucoup l'épaisseur des tissus à traverser, éviterait la superposition des surfaces osseuses situées sur des plans différents et dont l'enchevêtrement était si gênant pour l'interprétation des images obtenues avec la méthode ordinaire.

Pour éviter les troubles trophiques, nous avons basé notre technique opératoire sur la mise au sol parfaite du tube de Crookes, du malade et de l'opérateur, de façon à bannir toute crainte des phénomènes électriques.

L'innocuité de la machine statique, au point de vue de la production des troubles trophiques, paraissant établie, nous avons choisi la seule machine statique qui pût fonctionner normalement avec un pôle à la terre, c'est-à-dire la machine Carré.

Ayant tout de suite obtenu des résultats pratiques encourageants, nous avons appelé endodiascopie cette méthode d'utilisation des rayons de Rœntgen, caractérisée par l'introduction du tube de Crookes dans les cavités naturelles, le pôle positif du générateur d'électricité étant mis à la terre, et le malade se trouvant en dehors du circuit.

La suppression des phénomènes électriques a, en outre, pour résultat de permettre d'employer de grandes intensités, en laissant toute confiance au malade et aux opérateurs. Ceux-ci, en effet, peuvent toucher le tube et tous les appareils : ce qui facilite beaucoup les manipulations de toutes sortes nécessaires à un bon fonctionnement.

De plus, l'éclairage est meilleur, toutes choses égales d'ailleurs, puisque les rayons de Rœntgen peuvent être utilisés dans le voisinage immédiat de leur point d'émission.

Enfin, rien n'est plus simple que de mettre une image au point, puisqu'on peut déplacer le tube de Crookes, à la main, pendant la marche ; le promener sur les différentes parties du corps, et le placer dans tous les plans possibles d'orientation.

Toutefois la nécessité de se servir de la machine statique Carré, liait la méthode à toutes les imperfections actuelles de cette source électrique.

Aussi avons-nous cherché à réaliser une bobine qui présentât les caractères de l'unipolarité, et où l'entrée du fil induit fût à une tension presque nulle : l'étincelle y a la même longueur, qu'elle éclate entre les bornes ou entre le pôle négatif et le sol.

L'aspect extérieur de ce générateur d'induction, avec son électro-aimant engagé seulement dans une moitié de sa longueur, est très particulier.

Dans le modèle actuel d'endodiascope, nous avons complètement renoncé à faire pénétrer dans l'organisme une portion de la tige cathodique.

La partie éclairante du tube, et l'enveloppe métallique extérieure qui la recouvre, ont la forme d'un battant de cloche.

Cette forme est rationnelle, en ce qu'elle permet à la cavité naturelle de se refermer, en partie, sur une portion rétrécie du tube.

La partie qui est introduite dans l'organisme contient l'anode. Elle présente une forme et un volume variables suivant la cavité à explorer, de façon à ce que la paroi de verre soit le plus loin possible de l'anode.

A une distance du fond du tube supérieure à la longueur de pénétration dans l'organisme, se trouve la cathode logée dans la partie rétrécie de l'ampoule. En arrière de la cathode est soufflé un renflement ovoïde, destiné à augmenter la capacité du réservoir à vide,

La distribution électrique d'un tel tube place la ligne neutre à quelques millimètres en avant de la cathode.

La gaine métallique protectrice qui est reliée à l'anode, s'arrêtant à quelques centimètres en avant de cette zone neutre, on conçoit que le fonctionnement d'un tube de Crookes ainsi armé, et introduit dans l'organisme, soit aussi régulier que si l'ampoule fonctionnait à l'air libre.

L'enveloppe métallique extérieure est percée d'une fenêtre en regard de l'anticathode, cet orifice étant fermé par une feuille de mica placée à glissière.

Ce volet transparent aux rayons de Rœntgen, l'est aussi aux lueurs fluorescentes du verre de l'ampoule : de telle sorte que l'observateur peut surveiller constamment la marche du tube sans ouvrir la gaine métallique extérieure.

Celle-ci est constituée par deux demi-gouttières s'emboîtant réciproquement, de façon à constituer une fermeture complète : elle protège donc complètement le malade contre les dangers possibles de rupture du tube.

L'introduction de l'endodiascope dans la ceinture pelvienne et dans la cavité buccale, permet d'examiner isolément des surfaces osseuses qui, avec la méthode ordinaire, ne peuvent être nettement différenciées. C'est ainsi que la symphyse pubienne et le sacrum donnent des images comparables à celles des os des membres, comme netteté et comme finesse des détails.

Enfin, les maxillaires et leur contenu dentaire sont presque aussi faciles à examiner que les phalanges digitales.

Il est permis d'espérer que, quand on aura à sa disposition des tubes suffisamment pénétrants, on pourra étendre beaucoup le champ d'exploration dans l'organisme, par ses voies naturelles d'accès.

Gibbosités expérimentales. — MM. Ménard et Guibal (Berck). L'expérimentation nous a démontré que la conformation des arcs vertébraux postérieurs et la mobilité propre du rachis exercent, dans chaque région, une influence notable sur le mécanisme, la forme et le degré de la gibbosité pottique.

Nos expériences ont consisté à supprimer au cou, au dos, aux lombes, un, deux, trois corps vertébraux, afin de reproduire aussi exactement que possible les conditions physiques du mal de Pott dans sa variété habituelle.

Au cou, région la plus mobile du rachis, lorsqu'on produit l'inflexion vertébrale après avoir enlevé un ou plusieurs corps, une double particularité attire l'attention :

L'inflexion reste incomplète; le segment supérieur du rachis ne peut être abaissé jusqu'au contact avec le segment inférieur. Les pédicules et les apophyses transverses, placés latéralement de chaque côté des corps vertébraux et non en arrière d'eux, comme au dos et aux lombes, se trouvent coincés entre les deux segments, que l'on presse l'un sur l'autre, et s'opposent à leur rapprochement complet. D'autre part, on constate, en même temps, que les arcs postérieurs, sous l'influence de la pression qu'ils supportent, se tassent les uns sur les autres à un degré tel

que le rachis postérieur peut perdre la moitié environ de sa hauteur dans la partie sur laquelle on expérimente.

L'inflexion est incomplète par suite de la présence des apophyses transverses qui suppléent partiellement au rôle des corps vertébraux disparus; de plus, elle est corrigée par le tassement du rachis postérieur. Pour ces deux raisons, l'inflexion du rachis à la cervicale est beaucoup moindre que ne le fait prévoir la perte de substance produite dans la série des corps vertébraux.

Au dos, rien de pareil. Le mouvement d'extension y est très limité. Les lames et les apophyses épineuses ne laissent entre elles que des intervalles insignifiants et s'appliquent directement l'une sur l'autre; elles ne subissent aucun tassement appréciable.

En outre on voit, après la suppression d'un ou de plusieurs corps vertébraux, l'inflexion s'effectuer assez complètement, malgré un certain obstacle opposé par la cage thoracique. Les deux segments viennent en contact à la partie supérieure du dos; plus bas, ils ne se rapprochent que sous une pression forte. L'absence du tassement en arrière et le caractère complet de l'inflexion en avant concourent à cette conclusion simple : au dos le degré de la gibbosité est en rapport direct avec l'étendue de la destruction des corps vertébraux.

A la région lombaire, les résultats obtenus tiennent une place intermédiaire à ceux du cou et à ceux du dos. Le tassement des arcs postérieurs, proportionnel au degré du mouvement d'extension, atteint le quart de leur hauteur, il est loin d'être nul comme au dos; il est moindre qu'au cou. Quant à l'inflexion elle est facile et complète après la destruction d'un seul corps vertébral; on l'obtient difficilement si l'on a enlevé plus de deux ou trois corps; ce qui tient à la longueur et à la direction horizontale des apophyses épineuses, solidement attachées entre elles.

On prévoit ainsi qu'aux lombes la gibbosité sera notablement atténuée, surtout par le tassement des arcs postérieurs.

La comparaison faite entre les résultats de nos expériences et les pièces recueillies dans le mal de Pott nous a montré une parfaite concordance. Aux lombes et surtout au cou la gibbosité n'est pas en rapport avec l'étendue de l'altération des corps vertébraux, elle est atténuée. Au dos, région des grandes bosses, il y a une relation directe entre les deux termes : destruction somatique et inflexion rachidienne.

Sur la médication euphorique. — M. Ferrand communique une note relative à l'administration de la morphine, dans les cas de syncope, d'asphyxie et en général d'agonie ou de mort imminente, selon la formule qu'il en a donnée, à ce sujet, dans une communication faite cette année à l'Académie de médecine.

Pour écarter les dangers de collapsus ou de syncope, et aussi ceux d'asphyxie, il suffit d'ajouter, à la solution de morphine, un agent capable d'une stimulation rapide et sûre, ce qui réalise alors la médication euphorique.

Parmi ces agents de stimulation, l'éther est le plus apte à remplir ce but. Mais on pourrait obtenir encore une action euphorique en s'adressant à une autre catégorie d'agents : c'est-à-dire les antispasmodiques excitants, les antispasmodiques modérateurs et même les contro-stimulants. Ces agents, en effet, jouissent de cette particularité qu'ils sont à la fois, et dans des proportions variables des modérateurs de l'activité fonctionnelle en même temps qu'ils respectent ou même qu'ils stimulent l'activité nutritive.

Or, c'est ce que réalise au mieux l'association de l'éther avec la morphine. Et c'est ainsi qu'on peut intervenir, dans beaucoup de circonstances graves, avec grande utilité et sans rien compromettre.

Diphtérie humaine et diphtérie aviaire. — M. E. Féré (Bordeaux), continuant ses recherches sur les rapports qui existent entre la diphtérie humaine et la diphtérie aviaire et faisant remarquer qu'il a compris sous cette dernière désignation les affections pseudo-membraneuses de la volaille, a retrouvé les différents microbes qu'il a déjà signalés. Il a corroboré ses recherches à propos de la présence du bacille de Lœffler dans les membranes en montrant que le sérum antidiphtérique ordinaire neutralise *in vitro* l'action de la toxine de ce bacille de Lœffler aviaire et qu'il agit préventivement contre cette toxine. Ce bacille n'est pas toujours bien virulent pour le cobaye, il ne l'est même quelquefois pas du tout, mais on ne peut, pour ce motif, dire que c'est du pseudo-diphtérique si l'on n'a, au préalable, constaté son défaut de virulence pour la volaille, le pigeon, les petits oiseaux et notamment le calfat. M. Féré ne nie pas qu'on puisse rencontrer du pseudo-diphtérique, mais il ne faudrait pas exagérer l'importance de ce dernier. D'autres auteurs ont décrit récemment, soit dans la diphtérie des pigeons, soit dans la diphtérie des volailles, le même bacille.

Ce bacille n'est pas aussi rare qu'on veut bien le dire, il peut être abondant dans les fausses membranes et il existe chez des volailles diphtériques, prises dans des localités indemnes de diphtérie humaine.

M. Féré, en insistant sur la possibilité de transmission des affections pseudo-membraneuses de la volaille à l'homme et prenant texte de ses expériences personnelles et des résultats plus récents obtenus par M. Lang, insiste sur le bénéfice qu'on peut retirer, dans certains cas, de l'emploi du sérum antidiphtérique ordinaire dans le traitement et la prophylaxie de la diphtérie aviaire. Après évacuation du poulailler, les volailles sont divisées en deux lots, les volailles saines et les volailles malades. Les volailles saines reçoivent 1 à 2 cc de sérum antidiphtérique entre les deux scapulum ; les volailles malades sont détruites, plumes et corps par le feu ; ou bien, si on veut les conserver, on peut leur injecter 1 ou 2 cc de sérum tous les trois jours jusqu'à terminaison de la maladie. Le poulailler désinfecté ne sera réintégré par les animaux malades qu'un certain laps de temps après la guérison.

M. Loir (Tunis). Les faits rapportés par M. Féré montrent que le bacille de Lœffler peut se rencontrer dans la diphtérie aviaire. Mais il faudrait bien se garder de conclure qu'il y est constant. Il y a certainement, à ce sujet, de grandes variations selon les diverses conditions épidémiques, et, en particulier, selon le lieu. A Tunis, on rencontre très rarement le bacille de Lœffler et il est très peu virulent. Les angines graves sont toujours des angines à streptocoques, et je n'ai trouvé le Lœffler que dans les angines bénignes.

M. Bouchard. Un certain nombre de faits d'observation clinique ont depuis longtemps rendu incontestable pour moi la possibilité de la transmission de la diphtérie aviaire à l'homme. J'ai eu à soigner plusieurs personnes atteintes

de diphtérie en même temps que des volailles qu'elles soignaient étaient frappées gravement par une diphtérie épizootique. J'ai eu connaissance de coïncidence d'épidémies et d'épizooties de diphtérie dans des villages.

M. Rapin (Nantes). Comme la cavité buccale de l'homme, la cavité buccale de la poule contient à l'état normal des micro-organismes dont certains appartiennent à des espèces pathogènes, colibacille, streptocoques; en particulier, j'ai pu cultiver un bacille identique morphologiquement à celui de Lœffler; j'ai rencontré aussi un bacille sporulé ayant tous les caractères du bacille tétanique.

M. Bouchard propose, à la suite de cette discussion, le vote, par la section, d'un vœu attirant l'attention des pouvoirs publics sur le danger des épizooties de diphtérie aviaire et leur transmission possible à l'homme. Ce vœu est voté à l'unanimité.

Exulcérations de la muqueuse stomacale au cours d'une cirrhose hépatique. Gastrorragie mortelle. — MM. Le Noir et H. Claude. Une femme diabétique et atteinte de cirrhose hypertrophique succomba à une gastrorragie. A l'autopsie on trouva deux exulcérations de la muqueuse de l'estomac à peu de distance l'une de l'autre. L'examen histologique d'une des ulcérations montra que la muqueuse n'était le siège d'aucun processus inflammatoire. Les culs-de-sacs glandulaires nécrosés étaient envahis par le sang, ainsi que la couche cellulaire, mais les altérations ne dépassaient pas la musculaire muqueuse. Une artériole, au niveau du foyer hémorragique, présentait des lésions manifestes d'endartérite thrombosante. Celle-ci était probablement la conséquence de l'état d'auto-intoxication engendrée par la maladie de foie, compliquée d'altérations rénales et de diabète chez cette malade. Ce cas prouve que, au cours d'une cirrhose, il peut survenir des hémorragies du tube digestif indépendantes des ruptures de varices œsophagiennes ou stomacales. Il montre encore que des exulcérations de l'estomac donnant lieu à des pertes de sang considérables peuvent être déterminées, en dehors de toute localisation infectieuse, au niveau de la muqueuse, par des lésions des petites artérioles de la couche glandulaire.

Hémorragies de la muqueuse de l'estomac dans l'inanition expérimentale. — M. H. Claude. J'ai observé, sur des cobayes et des lapins morts d'inanition, des hémorragies de la muqueuse stomacale qui étaient causées par des thromboses des artérioles, suivies de ruptures des petits vaisseaux de la tunique cellulaire sous-glandulaire. En l'absence de tout processus inflammatoire au niveau du revêtement muqueux, on peut penser que les lésions vasculaires sont primitives et en rapport avec les phénomènes d'auto-intoxication qui se produisent dans l'inanition. Ceux-ci se traduisent notamment par les altérations profondes du foie. Les gastrorragies observées par nous seraient sous la dépendance de la lésion hépatique au même titre que celles qui se produisent si fréquemment dans les intoxications ou dans les toxi-infections qui altèrent les cellules du foie.

Guérison de hernies par l'usage du tour des tourneurs en bois. — M. Loir (Tunis). On a signalé un certain nombre de cas où l'usage de la bicyclette a guéri des hernies inguinales préexistantes. Un cas de ce genre a fait l'objet d'un rapport de M. Lucas Championnière à l'Académie. Depuis, M. Mignon a pu réunir dans sa thèse neuf observations de hernies traitées systématiquement par la bicyclette. Il a obtenu quatre guérisons complètes, la hernie ne sortant plus du tout de l'abdomen, trois améliorations légères et deux résultats nuls. Il faut observer que ces deux dernières observations concernent des hommes de 56 et 58 ans, tandis que les premières ont trait à des individus de 18 à 40 ans.

J'apporte une nouvelle observation plus concluante, avec cette particularité qu'elle concerne, non pas la bicyclette, mais un instrument qui oblige à faire des mouvements des membres inférieurs analogues, le tour des tourneurs en bois. Il s'agit d'un individu qui, dès son enfance, avait été affligé d'une hernie inguinale. Cette hernie congénitale, jamais traitée, était devenue énorme et le malade était considéré comme un infirme. Il entra en apprentissage chez un tourneur en bois. Peu de temps après qu'il eut commencé à faire journellement et d'une façon continue usage du tour, mu par un mouvement de pédale, il remarqua que sa hernie diminuait. Au bout de dix-huit mois, elle avait disparu complètement. Actuellement, cet homme, jugé bon pour le service, est soldat dans un régiment d'infanterie.

La tuberculose en Tunisie. — M. Loir (Tunis). La Société médicale française de Tunisie m'a prié de communiquer à l'Association les résultats d'une enquête faite par ses soins sur la tuberculose en Tunisie. Les éléments de cette enquête ont été recueillis et coordonnés par M. Berthelot, secrétaire de cette Société.

La mortalité par tuberculose en Tunisie a été de 0.069 pour 1000 habitants en 1888-1892, et de 0.062 en 1892-1894. Elle est par conséquent notablement inférieure à la mortalité de la France européenne (0.088). La proportion selon les sexes varie avec l'âge. Au-dessous de vingt-cinq ans, la femme est notablement plus atteinte; la proportion se renverse pour les individus âgés.

La statistique des hôpitaux de Tunis donne sur 100 entrants, 1.20 tuberculeux et sur 100 décès 13.8 causés par la tuberculose. Cette proportion est très inférieure à celle de la plupart des grandes villes européennes (29 à Berlin, 25 à Paris, 23 à Londres).

Quelles sont les causes de la rareté de la tuberculose en Tunisie?

Ce sont d'abord la rareté de la tuberculose des bovidés, puisque sur 20 à 30000 bêtes tuées par an, le service sanitaire des abattoirs n'a rejeté pour tuberculose que 2 animaux en 1892, 1 en 1893, 15 en 1894. C'est ensuite la croyance, dans le peuple tunisien, à la contagiosité de la tuberculose et les mesures de prophylaxie qui résultent de cette croyance; on isole le plus possible les tuberculeux, et un Tunisien qui s'est trouvé en contact avec l'un d'eux a toujours soin de se laver ensuite. C'est enfin la bonne influence de la vie en plein air. Ce qui le prouve, c'est que la tuberculose est, pour ainsi dire, inconnue chez les Bédouins, tandis qu'elle existe davantage chez les musulmans des villes, plus confinés et exposés au contact des serviteurs noirs soudanais, très prédisposés à la tuberculose. Pour ce qui est des autres races de la Régence, les israélites paraissent prédisposés à la tuberculose puisque, tandis que sur 100 habitants on trouve à Tunis 15 israélites, sur 100 tuberculeux 17 sont israélites. C'est le contraire pour les Maltais, ils forment à Tunis 30 pour 100 de la population, et on trouve seulement 11 Maltais sur 100 tuberculeux.

Quant aux Français, la proportion des tuberculeux se trouve augmentée chez eux par ce fait que beaucoup viennent en Tunisie justement pour guérir une tuberculose en évolution.

Toutefois les chiffres de la garnison montrent que les corps français sont moins frappés que les troupes indigènes (zouaves 0.59, chasseurs d'Afrique 0.30, tirailleurs indigènes 1.75, spahis 1.17).

La région voisine de Tunis ne saurait être considérée comme station de cure pour les tuberculeux à cause des brusques changements de température, surtout à la chute du jour. Ces variations n'existent pas dans la région du cap Bon qui jouit d'un climat marin des plus favorables, surtout sur sa côte orientale.

Résultats éloignés de l'électrolyse de l'urètre. — M. Desnos (Paris). Deux méthodes d'électrolyse ont été employées contre les rétrécissements de l'urètre; dans l'une, rapide, on emploie des courants d'une intensité plus ou moins grande et on se propose de franchir le rétrécissement en une séance de quelques minutes. Dans l'autre, au contraire, les intensités du courant sont très faibles; mais les séances sont répétées à des intervalles éloignés et la durée du traitement est longue.

La méthode rapide peut amener la guérison d'une certaine catégorie de rétrécissements; mais dès que ceux-ci présentent une induration réelle, une grande étendue ou qu'ils sont multiples, il est nécessaire pour les vaincre d'employer des courants d'une intensité telle qu'elle offre des dangers pour l'avenir de l'urètre.

Tout autre est la méthode lente dite de Newmann; les résultats se maintiennent pendant très longtemps.

Après dix ou douze ans M. Desnos a retrouvé des urètres électrolysés par cette méthode sans récidive et tapissés d'une muqueuse qui avait conservé son aspect normal. La longue durée de ce traitement paraît le principal obstacle à ce qu'il soit d'un usage plus répandu.

Traitement du glaucome chronique simple par la galvanisation du sympathique cervical. — M. F. Allard (Paris). Le principe de la méthode préconisée par l'auteur consiste à utiliser l'action sédative du pôle positif d'un courant galvanique continu appliqué avec une forte intensité (15 à 20 ma) au niveau du trajet du sympathique cervical sur toute la longueur du cou.

A l'appui l'auteur rapporte dix observations de glaucome chronique simple. Ces malades ont été suivis par des oculistes qui ont pu enregistrer et le plus souvent mesurer les progrès réalisés au cours du traitement.

Dans deux cas, la vision étant irrémédiablement perdue, l'électrisation a parfaitement réussi à calmer, après quelques séances, les douleurs péri-orbitaires violentes et rebelles à toute autre médication.

Chez trois glaucomateux, la vision a été très améliorée en moins de deux mois de traitement. Chez un autre, l'atrophie glaucomateuse, qui progressait très rapidement avant l'électrisation, s'est arrêtée dans sa marche.

Enfin, deux malades, chez qui l'affection a été prise au début, peuvent être considérés comme guéris puisque leur acuité visuelle et leur champ visuel, sensiblement diminués, sont devenus normaux après 15 ou 20 séances.

Il résulte de ces faits que la galvanisation positive à forte intensité du sympathique cervical, telle que l'auteur la préconise, a une efficacité certaine sur le glaucome chronique simple.

L'action sédative du pôle positif diminuant l'excitabilité du sympathique produirait une action semblable, quoique très atténuée, à celle de la section du nerf. L'effet se traduit par une diminution nette de la tension oculaire, une diminution notable des phénomènes douloureux qui peuvent disparaître, une amélioration de la vision, variable suivant le degré d'atrophie glaucomateuse, et se mesurant par une augmentation de l'acuité visuelle. La vision peut peut même redevenir normale, si l'affection est prise au début.

Ces résultats sont d'autant plus importants qu'il s'agit du traitement d'une affection grave, puisqu'elle conduit le plus souvent à la cécité et devant laquelle les oculistes sont à peu près désarmés.

Le courant et l'effluve statiques induits; leurs applications thérapeutiques. — M. E. Albert Weil (Paris) a utilisé le courant, l'étincelle et l'effluve statiques induits dans quatre groupes d'affections, les dyspepsies nervo-motrices, les névralgies, certaines dermatoses et les inflammations des premières voies génitales chez la femme, suivant la technique suivante : alors que l'étincelle éclate entre les boules polaires de la machine, la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendu au pôle positif est reliée au sol; la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendue au pôle négatif est reliée à l'électrode agissante ou plutôt au rhéostat de l'auteur. De la cloche de ce rhéostat part alors la chaîne reliée à l'électrode active.

Dans les dyspepsies nervo-motrices, l'électrode était placé en divers points de l'épigastre; vingt séances amenèrent une guérison ou une amélioration; dans les névralgies, l'auteur amène l'électrode le long du trajet du nerf, à un ou deux centimètres de la peau; pour certaines dermatoses et les inflammations des premières voies génitales de la femme, l'auteur utilise l'effluve. Par cette méthode il a traité un lupus et l'a guéri.

Variations électriques du cœur. — M. Rivière (Bordeaux) dans son travail confirme les résultats de Starleng et Waller sur la variation diphasique du ventricule du cœur normal, tant chez les animaux à sang froid qu'à sang chaud. L'auteur démontre que les variations électriques oscillatoires obtenues par Fredericq, et invoquées par lui comme une preuve de la nature tétanique de la contraction cardiaque, sont absolument antiphysiologiques et dues à des phénomènes d'altération de l'organe prêt à mourir.

Eléphantiasis du nez. — M. Cartaz communique une observation d'éléphantiasis hypertrophique du nez. Le malade, devenu un peu maniaque du fait de cette difformité, ne voulut pas se soumettre à une opération radicale, la décortication nécessitant l'anesthésie et le concours d'assistants. L'auteur eut alors recours à une série de cautérisations profondes au galvanocautère, cautérisation en tranches, entamant profondément le tissu hypertrophique, puis, à l'aide de cautérisations latérales dans le sillon de ces premières ouvertures, il détruisit peu à peu le volumineux excédent de tissus. La cocaïne en injections et badigeonnages au cours de l'opération supprima à peu près complètement la douleur. Le résultat, sans être aussi parfait qu'avec la décortication, est bon; la difformité a disparu.

M. Cartaz rappelle les observations de ce genre publiés au siècle dernier par Imbert, Delormes, Civaudier et Theulot. Il a pu reproduire les dessins représentant le malade

de Theulot et a trouvé dans un musée un tableau célèbre où est reproduite une tête de vieillard avec éléphantiasis hypertrophique du nez.

L'enfance, l'école et l'hygiène au village. — M. Baratier (de Joigny) a noté tout ce qui, au village, s'oppose au développement normal de l'enfant : le biberon substitué au lait maternel, le lait recueilli malproprement avec des mains malpropres dans des seaux encore plus sales; le maillot souillé d'urine et de matières, mal lavé, mal séché, changé trop rarement et déterminant des érythèmes et des ulcérations; le lait, donné en quantité démesurée, produisant ou augmentant les troubles digestifs; l'usage du vin dès le jeune âge; la malpropreté, les maladies de peau; les poux que la bonne femme va chercher chez le voisin pour les mettre sur la tête de son enfant; puis les remèdes empiriques : le tabac à priser, le camphre, le sucre, l'urine, le petit lait, la crème, le jaune d'œuf, la cendre de sarments noirs, le frai de grenouille, le fiel de couleuvre, etc., etc., le tout employé séparément ou en mélange.

L'auteur voudrait voir instruire le paysan, afin qu'il abandonne la routine, fasse beaucoup d'enfants, qu'il gardera sains et vigoureux en suivant les préceptes de l'hygiène.

Pour l'école, l'auteur voudrait, dans chaque village, une école bâtie d'après des règles scientifiques.

Un cas de tuberculose herniaire. — M. Ch. Faguet (de Périgueux). La connaissance de la tuberculose herniaire est récente. Observée et reconnue par Cruveilhier en 1862, M. Lejars, en 1889, dans son étude sur les « néoplasmes herniaires et péri-herniaire » en relate sept observations. M. Jonnesco réunit onze cas connus sous une excellente monographie dans la *Revue de Chirurgie* en 1891. D'autres cas ont été publiés dans les thèses de MM. Th. Renault (Bordeaux, 1894) et C. Nurdin (Paris, 1897).

Dans le cas de M. Ch. Faguet, il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, cultivateur, sans antécédents pathologiques. En soulevant une lourde charrue, ce jeune homme éprouva une douleur vive dans la région inguinale gauche et vit apparaître une petite hernie qui devint le siège de fréquentes coliques. Sept mois après l'apparition de la hernie, on trouve à l'examen de la région inguino-scrotale gauche : 1° le testicule et l'épididyme sains ; 2° une plaque indurée qui paraît siéger au fond du sac ; 3° une entérocèle réductible. Les autres organes sont normaux ; l'état général est excellent. La cure radicale de la hernie est pratiquée. L'intestin paraît sain ; rien d'anormal sur la face interne du sac. Les suites opératoires furent très bonnes. Le fond du sac est occupé tout entier par une plaque de l'étendue d'une pièce de deux francs, et dont l'épaisseur est de cinq millimètres. Sa consistance est uniformément fibreuse, sans irrégularités ni nodosités. L'examen microscopique montre que le fond du sac présente des lésions tuberculeuses très nettes. Les tuberculoses sont en très grand nombre dans toute l'épaisseur de la séreuse. Les parois et le collet du sac n'offrent rien d'anormal.

Six mois après, ce jeune homme rentre à l'hôpital avec les signes d'une tuberculose péritonéale et pulmonaire dont il est mort. L'autopsie vérifie l'exactitude du diagnostic. En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'une tuberculose primitive, circonscrite du fond du sac herniaire, tuberculose qui s'est généralisée malgré une intervention qui paraissait avoir été précoce et complète.

Action des sécrétions internes sur les centres vaso-moteurs. — M. le Dr Livon (de Marseille), conclut de ses expériences antérieures qu'une des actions des sécrétions internes c'est d'agir sur la pression sanguine pour produire tantôt de l'hypertension, tantôt de l'hypotension, et qu'à l'état physiologique l'effet de ces diverses sécrétions s'équilibre et maintient la pression sanguine dans une moyenne convenable. Mais cette moyenne n'est pas stable, comme le démontre entre autres le phénomène de Traube que de Cyon explique par une lutte égale entre l'excitation des centres vaso-contricteurs et l'intervention du nerf dépresseur. Les expériences de l'auteur démontrent que les agents de cette excitation sont les sécrétions internes. En effet, l'injection dans le torrent de la circulation d'extrait de corps pituitaires ou de capsules surrénales détermine une hypertension très nette. Si pendant cette hypertension l'on vient à exciter le nerf dépresseur, au lieu d'obtenir la chute qui caractérise l'excitation de ce nerf sur le lapin, on voit l'hypertension persister ou ne faire que se modifier légèrement si la dose injectée a été légère. Si l'on commence par exciter le bout central du dépresseur et que pendant l'hypotension on pratique l'injection intra-vasculaire d'extrait hypertensif, immédiatement on voit se produire l'effet hypertensif ordinaire comme si le dépresseur n'était pas excité. Ces expériences démontrent donc l'inhibition du nerf dépresseur par ces extraits organiques. Dans quelques expériences on assiste à une sorte de lutte entre les phénomènes hypertensifs et hypotensifs, il se produit une exagération du phénomène de Traube pendant l'excitation du nerf dépresseur.

Dans quelques expériences d'excitation du dépresseur après l'injection d'extraits hypertensifs, l'animal éprouve quelques secousses convulsives, la pression tombe brusquement à zéro et l'animal meurt. On dirait que dans ce cas la lutte entre les deux phénomènes inverses a été telle qu'elle a donné naissance à une sorte d'interférence ayant produit l'arrêt définitif au cœur.

Badigeonnages de gaïacol. — M. Leduc (de Nantes). Ces badigeonnages constituent pour combattre l'hyperthermie de la fièvre typhoïde, un moyen efficace, d'une action constante et d'une grande facilité d'application.

Pour éviter la transpiration et les frissons, et pour obtenir, malgré la courte durée de l'action du médicament, un effet persistant avec des doses minima, il faut employer, pour chaque application, un petit nombre de gouttes, quatre à huit pour un adulte, et répéter les badigeonnages toutes les trois heures environ, si la température l'exige.

En suivant ces préceptes, il ne saurait se produire d'accidents d'hypothermie.

Cette médication semble exempte de toute action nocive sur les reins et sur la diurèse.

Effets psychiques de la caféine. — M. Leduc. La caféine n'est pas seulement susceptible de produire un délire aigu et violent chez des malades auxquels on l'administre à hautes doses, mais, employée à doses faibles et prolongées, elle peut produire un état très pénible de mélancolie à forme spéciale, avec crises de désespoir et de larmes, pouvant conduire au suicide, et susceptibles de persister longtemps après la cessation du médicament.

(*A suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Condamnation pour emploi illicite d'un mémoire médical. — En 1898, M. le Dr Lobit ayant dans un Congrès fait un rapport sur les instructions concernant la première enfance, un pharmacien a cru bon de relever les douze conclusions de ce travail et d'en ajouter une treizième prônant l'emploi d'une solution biphosphatée calcique. Le confrère Lobit a fait poursuivre le potard délinquant devant le tribunal civil de Lyon.

Voici les considérants du jugement émis le 21 juin 1899 :

« Entre M. le Dr Lobit, chevalier de la Légion d'honneur, médecin consultant à Biarritz (Basses-Pyrénées).

Et M. Joannès Meiller, pharmacien à Lyon, rue de la Pyramide, n° 33.

Il est extrait ce qui suit :

Attendu que le Dr Lobit explique que Meiller s'est emparé des conclusions d'un rapport qu'il avait présenté au Congrès d'hygiène et de démographie de Madrid, et en a transformé d'une façon ridicule le sens et la portée, en les faisant suivre d'un aphorisme composé par lui, par lequel il préconise divers produits de sa fabrication.

Que Meiller a fait imprimer ainsi et distribuer un grand nombre de prospectus dans lesquels le nom et le travail du docteur Lobit servent de réclame à des produits pharmaceutiques plus ou moins inoffensifs mais auxquels celui-ci est et entend rester complètement étranger;

Que cette réclame de mauvais aloi faite autour de son nom lui a causé un réel préjudice matériel et moral dont il demande réparation, etc., etc.

Attendu qu'un certain nombre d'exemplaires du prospectus ont été répandus dans le public , etc.

Par ces motifs;

Le Tribunal dit et prononce que Meiller est condamné à payer au Dr Lobit, trois cents francs à titre de dommages-intérêts, ensemble tous intérêts de droit du jour de la demande.

Dit que défense lui est faite de se servir des aphorismes, des travaux et du nom du Dr Lobit pour la publicité qu'il donne à ses diverses fabrications, sous quelque forme que ce soit, à peine d'une astreinte de cinquante francs par chaque contravention relevée.

Condamne Meiller à tous les dépens.

Assistance médicale rurale. — On connaît en France non-seulement le mécanisme de la loi promulguée en 1895 sur l'assistance médicale, mais encore les résultats immédiats de cette législation constituant un progrès survenu après le chaos.

Qu'on veuille bien nous excuser de publier des tas de chiffres concernant le taux de rémunération des médecins français, mais il faut absolument dans un journal professionnel donner une place suffisante à ces détails intéressant pas mal de confrères ruraux.

Rondel a publié dans la *Revue politique et parlementaire* une étude concernant la loi française sur l'assistance médicale gratuite devant les conseils généraux.

D'après l'auteur, le calcul de l'indemnité kilométrique et sa progression variant beaucoup suivant les départements, il est bon pour arriver à des chiffres comparables d'établir le prix d'une visite de jour à 10 kilomètres.

Voici par ordre décroissant les résultats obtenus : 11 fr. dans quatre départements (et même 12 fr. pour la première visite dans le Gard); 10 francs dans un, 9 dans un autre ; 8 fr. 50 dans quatre, 8 fr. 25 dans un, 8 francs dans un autre ; 7 fr. 50 dans deux, 7 fr. 25 dans deux, 7 fr. dans un ; 6 fr. 60 dans un autre, *6 francs dans seize*, 5 francs dans trois, 4 fr. 75 dans un, 4 francs dans deux, 3 fr. 50 dans trois, 3 francs dans un, et un franc dans un dernier ; c'est-à-dire que dans celui-ci le médecin ne se déplacera pas jusqu'à 10 kilomètres pour soigner un seul indigent.

Les visites de nuit sont en général payées le double des visites de jour ; l'heure de nuit varie avec chaque région ; tantôt elle va de 8 heures du soir à 6 heures du matin, tantôt de 9 heures et même 10 heures à 6 heures. Nous n'insistons pas pour ne pas nous encombrer davantage. Un tarif spécial fixe les honoraires dus pour chaque opération. Nous n'avons malheureusement aucune indication sur cette partie du règlement.

Pour les pays où le médecin reçoit un traitement fixe, le chiffre le plus fort que nous ayons relevé est celui de 1.200 francs (Haute-Garonne). Dans la Haute-Loire, le traitement est de 1.000 francs. Ailleurs il varie entre 700 et 175 francs.

Vient ensuite la rétribution annuelle d'après le nombre des assistés : dans la Meuse, indemnités graduées, représentent en moyenne environ 3 francs par inscrit ; dans les Basses-Pyrénées, 2 francs au maximum par tête d'assisté, plus une indemnité kilométrique de 3 francs par 10 kilomètres ; dans la Somme, 2 francs par *famille* d'inscrits, ayant le même foyer ou par personne admise d'urgence, indemnité portée à 5 francs quand la distance est supérieure à 6 kilomètres ; dans le Pas-de-Calais, un franc par inscrit. En troisième lieu vient la rétribution d'après le chiffre de la population : 15 centimes par habitant dans la Haute-Saône, 10 centimes dans l'Ariège et dans la Corrèze. Enfin, dans les Deux-Sèvres, le règlement dispose que les médecins seront honorés de leurs visites, à concurrence d'une somme de 25.000 francs, proportionnellement au nombre des habitants et au nombre des personnes inscrites sur les listes.

CORRESPONDANCE

Bellevue, 24 octobre 1899.

Mon cher confrère,

Votre journal, qui m'est envoyé à la campagne, me cause aujourd'hui une certaine surprise. Il est bien évident qu'un compte rendu analytique de la conférence de Bruxelles, quelque bien fait qu'il soit, ne peut donner la physionomie exacte et complète des discussions qui ont eu lieu. Je ne veux donc pas relever certaines inexactitudes, en ce qui me concerne. Je ne puis pas cependant laisser passer une épithète fantaisiste accolée à mon nom. A la page 599 de votre journal, il est dit :

« Le Dr Commenge (Paris), *un abolitionniste converti.* » Où donc votre rédacteur de circonstance a-t-il trouvé que j'avais été abolitionniste ?

La collection de votre estimable journal où mes travaux ont été toujours analysés avec impartialité et bienveillance lui démontrerait le contraire. Il n'est pas un de mes écrits sur la prostitution où ne se trouve indiquée l'utilité de la

réglementation. Je reste convaincu, comme je l'ai toujours été, que la réglementation sera nécessaire, tant qu'on n'aura pas supprimé la prostitution. Malheureusement ce *desideratum* n'est pas près de devenir une réalité !

Je vous serai obligé, mon cher directeur, de vouloir bien insérer ma lettre dans votre prochain numéro.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec mes remerciements, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr O. Commenge.

VARIÉTÉS

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris 2-9 août 1900

RÈGLEMENT ET PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

Bureau du Congrès. — Président du Congrès : M. Lannelongue, rue François Ier, 3, Paris ; Secrétaire général du Congrès : M. Chauffard, rue Saint-Guillaume, 21, Paris ; Trésorier général du Congrès : M. Duflocq, rue Miromesnil, 64, Paris.

Comité exécutif. — Président : M. Lannelongue ; Secrétaire général : M. Chauffard ; Trésorier : M. Duflocq ; Membres : MM. Bouchard, Bouilly, Brouardel, Dieu, Gariel, Le Dentu, Malassez, Nocard, Raymond, Rendu, Roux ; Secrétaires : MM. de Massary et Léon Weber.

Adresse du Bureau du Congrès : rue de l'Ecole-de-Médecine, 21, Paris.

Commission générale. — *Bureau.* — Président : M. Brouardel ; Vice-présidents : MM. Bouchard et Marey ; Secrétaire général : M. Chauffard ; Trésorier : M. Duflocq ; Secrétaires : MM. de Massary et Léon Weber.

RÈGLEMENT

Article premier. — Le 13e Congrès international de médecine s'ouvrira à Paris le 2 août 1900 et sera clos le 9 du même mois. Son but est exclusivement scientifique.

Art. 2. — Seront membres du Congrès :

1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

2° Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français ou par les Comités nationaux étrangers.

Art. 3. — Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au Trésorier général du Congrès. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

Les Comités étrangers peuvent recevoir les adhésions de leurs nationaux. Ils en transmettront les cotisations au secrétariat général français, qui leur enverra immédiatement un nombre de cartes égal à celui des cotisations transmises.

Art. 4. — En faisant parvenir leur cotisation au Trésorier, les membres du Congrès devront indiquer lisiblement leurs nom, qualités et adresse, et joindre leur carte de visite.

Art. 5. — En dehors des autres avantages, chaque membre du Congrès aura droit à un résumé de tous les travaux du Congrès et aux travaux imprimés de la section dont il fait partie.

Art. 6. — Les sections du Congrès sont les suivantes :

1° *Sciences biologiques.* — 1. Anatomie descriptive et comparée. — 2. Histologie ; Embryologie et Tératologie. — 3. Physiologie ; Physique et Chimie biologiques.

2° *Sciences médicales.* — 1. Pathologie générale et Pathologie expérimentale. — 2. Bactériologie ; Parasitologie. — 3. Anatomie pathologique. — 4. Pathologie interne. — 5. Hygiène et Pathologie médicale de l'Enfance. — 6. Thérapeutique et Pharmacologie. — 7. Neurologie. — 8. Psychiatrie. — 9. Dermatologie et Syphiligraphie.

3° *Sciences chirurgicales.* — 1. Chirurgie générale. — 2. Chirurgie de l'enfance. — 3. Chirurgie urinaire. — 4. Ophtalmologie. — 5. Laryngologie ; Rhinologie. — 6. Otologie. — 7. Stomatologie.

4° *Obstétrique et Gynécologie.* — 1. Obstétrique. — 2. Gynécologie.

5° *Médecine publique.* — 1. Médecine légale. — 2. Médecine et Chirurgie militaires ; Médecine navale ; Médecine coloniale.

Art. 7. — Un Comité exécutif et une Commission générale d'organisation sont chargés de la préparation et du fonctionnement du Congrès.

Art. 8. — Le Congrès tiendra séance chaque jour, soit en assemblées générales, soit en réunions de sections.

Art. 9. — Deux assemblées générales auront lieu : l'une, le jour de l'ouverture du Congrès ; l'autre, un des jours ultérieurs.

Art. 10. — Il sera procédé le jour de la première assemblée générale à la proclamation des Présidents d'honneur du Congrès.

Art. 11. — Les assemblées générales seront consacrées aux discours d'usage et aux votes réglementaires à émettre. Ne pourront prononcer de discours dans les assemblées générales que les membres qui auront été désignés et invités par le Comité exécutif d'organisation.

Art. 12. — Toutes les propositions relatives aux travaux du Congrès devront être notifiées au Comité exécutif avant le 1er mai 1900. Le Comité décidera de la suite à donner à ces propositions.

Art. 13. — Chaque Comité de section organisera son programme de travail (audition des rapports et discussions sur les sujets proposés, communications diverses).

Art. 14. — Les discours prononcés en assemblée générale et les rapports faits dans les sections seront publiés dans les comptes rendus des travaux du Congrès ; pour les communications diverses et discussions, le Comité exécutif se réserve tout droit d'examen. Le temps assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser quinze minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de cinq minutes chacun.

Art. 15. — Le texte écrit des rapports, communications et discussions, devra être remis le jour même aux secrétaires de chaque section.

Art. 16. — La langue française est la langue officielle du Congrès pour toutes les relations internationales. Dans les assemblées générales ainsi que dans les sections, les langues allemande, anglaise et française pourront être employées.

Art. 17. — Toutes les questions ayant trait aux travaux scientifiques des sections doivent être soumises et adressées au Président du Comité de la section intéressée. Pour tout ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du Congrès, on devra s'adresser au Secrétaire général du Congrès.

Art. 18. — Dans sa seconde assemblée générale, le Congrès désignera le siège de sa prochaine réunion et en élira le bureau.

SECTIONS (1)

CLASSE I. — SCIENCES BIOLOGIQUES.

A. — **Section d'Anatomie descriptive et comparée.** — Président : M. Milne Edward (2).

a. *Anatomie comparée.* — Vice-Président : MM. de Lacaze-Luthiers, Perrier, Filhol, Lavocat; Secrétaire : M. Auguste Petit, rue Saint-André-des Arts, 60, Paris.

RAPPORTS. — 1° Modifications des organes des sens amenées par l'obscurité. — Rapporteur : Armand Viré (Paris).

2° Le Pithecanthropus. — Rapporteur : Dubois (Leyde).

3° Développement de quelques Lémuriens. — Rapporteur : Hubrecht (Leyde).

4° Anomalies musculaires — Rapporteur : Lebouble (Tours).

5° La Notocorde. — Rapporteur : M. Van Beneden (Liège).

b. *Anatomie descriptive.* — Vice-Présidents : MM. Farabeuf, Paulet, Poirier; Sécrétaire : M. Rieffel, rue de l'Ecole-de-Médecine, 7, Paris.

RAPPORTS. — 1° La topographie du cerveau. — Rapporteur : Waldeyer (Berlin).

2° Les centres de projection et d'association dans le cerveau. — Rapporteur : Debierre (Lille).

3° Les voies ascendantes du cordon latéral de la moelle épinière. — Rapporteur Van Gehuchten (Louvain).

4° De quelques homologies des organes génitaux. — Rapporteur Romiti (Pise).

5° Homologies des artères des membres. — Rapporteur : Salvi (Pise).

6° Les glandes surrénales. — Rapporteurs : Valenti (Bologne); Auguste Petit (Paris).

B. — **Section d'Histologie et Embryologie.** — Présidents d'honneur : MM. Ranvier et Balbiani. Président : M. Mathias Duval; Vice-Présidents; MM. J. Chatin et Henneguy ; Secrétaires : MM. Retterer et Loisel, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, Paris.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées. — 1° Les dérivés branchiaux.

2° La spectroscopie et la microspectroscopie en anatomie générale.

3° Les différenciations fonctionnelles dans le protoplasma.

4° Origine et évolution des leucocytes dans la série animale.

5° Les notions nouvelles sur l'histologie du système nerveux.

6° De la chromatolyse.

Le Comité de la section d'Histologie et d'Embryologie disposera des salles et des microscopes pour les démonstrations de préparations.

C. — **Section de Physiologie, Physique et Chimie biologiques.** — Président : M. Chauveau; Vice-Présidents : MM. Armand Marey, Gautier et d'Arsonval; Secrétaire général : M. Dastre, à la Sorbonne (Paris); Secrétaires adjoints : M. Gley, rue Monsieur-le-Prince, 14, à Paris; M. Weiss, avenue Jules-Janin, 20, Paris.

Le Comité de la Section de Physiologie ne propose pas de sujets déterminés de rapports. Les séances seront consacrées à des démonstrations expérimentales et à des communications sur des sujets intéressant la Physiologie, à la volonté des présentateurs.

(A suivre).

(1) Tout membre du Congrès désireux de se faire inscrire pour une communication ou pour prendre part à la discussion de l'un des rapports proposés est prié de s'adresser au Secrétaire de la section.

(2) Les membres dont les noms ne sont suivis d'aucune indication sont de Paris.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — M. le Dr Aigre, maire de Boulogne-sur-Mer, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Distinctions universitaires. — M. le Dr Weil (de Paris) est nommé officier de l'Instruction publique.

M. le Dr Gros, ancien médecin-major de première classe, est nommé officier d'Académie.

Mérite agricole. — M. le Dr Cacarrié, maire de Saint-Priest-la-Roche, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Médecins députés. — M. le Dr Empereur vient d'être élu député de Moutiers (Haute-Savoie).

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Zipfel est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Dijon

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Chapplain, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Rennes. — MM. les docteurs Delacour, professeur de clinique interne, et Aubrée, professeur de clinique externe, sont mis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

M. le docteur Perrin de La Touche, professeur d'histologie, est nommé directeur de l'Ecole, en remplacement de M. Delacour, nommé directeur honoraire.

Des concours s'ouvriront le 30 janvier 1900, devant la Faculté de médecine de Paris, pour les emplois de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales et de pathologie et cliniques obstétricales à l'Ecole de médecine de Rennes.

Corps de santé militaire. — EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ EN 1899. — *Programme des exercices.* 1re *journée mardi 3 octobre, à 7 h. 1/2 du matin.* — Chargement des voitures des formations sanitaires aux Docks du service de santé (53, boulevard Latour-Maubourg). — Pendant cette opération, le matériel du service de santé en campagne sera exposé dans un des magasins des Docks. Un médecin-major de 1re classe, assisté au besoin d'un ou plusieurs médecins, donnera toutes les explications qui seront demandées.

11 heures. — Départ des formations sanitaires pour Saint-Denis. Exercices de fonctionnement des formations pendant la marche.

2e *journée, mercredi 4 octobre.* — Fonctionnement du service de santé pendant le combat d'une division; l'engagement aura lieu sur la rive droite de la Morée et vers l'Orme de Morlu (stations du Bourget (Nord) ou de la Courneuve Dugny, Grande-ceinture.)

3e *journée, jeudi 5 octobre.* — Service de santé après le

combat. Exploration du champ de bataille ; dispersion des blessés sur les points d'hospitalisation (gîte d'étapes : Gonesse).

4e *journée, vendredi 6 octobre.* — Service de santé dans un détachement de toutes armes chargé de la poursuite, le long de la route de Paris à Lille.

5e *journée, samedi 7 octobre.* — Evacuation des blessés à la gare du Bourget, organisation du service sur le champ de bataille et sur les routes. Organisation de la gare d'évacuation. Embarquement de l'ambulance.

N. B. — Les médecins et officiers d'administration de la réserve de l'armée territoriale sont autorisés, par décision de M. le gouverneur de Paris en date du 23 septembre, à assister à ces exercices, en tenue militaire (tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard réservés aux officiers prenant part à la manœuvre).

Médecins de l'état civil. — Par arrêté préfectoral en date du 12 septembre 1899 : M. le Dr Dutard, médecin du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement, a été nommé médecin de l'état civil dudit arrondissement (1re circonscription). — M. le Dr Dubost, médecin inspecteur des écoles du 10e arrondissement, a été nommé médecin de l'Etat civil dudit arrondissement (2e circonscription).

La peste en Egypte et en Portugal — Depuis le commencement de cette année, la peste sévit en Egypte, à Alexandrie. Elle a commencé dès le mois de février et peut-être en janvier, et depuis des cas se sont montrés dans divers hôpitaux, la plupart méconnus par les médecins. Au 1er septembre 1899, on en avait observé déjà 88 sur lesquels il y avait eu 42 décès, 44 guérisons et 2 qui étaient encore en traitement à cette date.

Comme il arrive d'ordinaire, l'épidémie s'est développée; il y a eu quelquefois des jours sans aucun cas; mais en restant dans la très longue persistance des germes dans l'organisme après une attaque de peste, quelquefois six semaines dans les crachats d'un convalescent, la contagion s'est faite aisément et il n'est pas douteux qu'à l'automne et surtout en hiver, il fallait s'attendre à une recrudescence assez vive de l'épidémie en Egypte.

A Beyrouth, en Syrie, un cas vient d'être observé au lazaret, sur ces virus venant d'Egypte.

D'autre part, à Oporto, en Portugal, la peste existe depuis le mois de juin et ce n'est qu'au milieu du mois d'août qu'elle y a été officiellement reconnue et déclarée. Elle y aurait été importée, à trois reprises, par un navire ayant chargé, à Londres, un transbordement dé cargaisons de blé venant des Indes pour être réexporté au Portugal; quoi qu'il en soit, ce nouveau foyer menace directemenl l'Europe.

Les divers pays européens ont envoyé aussitôt des missions à Oporto. La France y est représentée par MM. les Drs Calmette et Salimbemi, qui s'y sont aussitôt rendus avec une provision de 200 flacons de sérum antipesteux de Yersin, provenant de l'Institut Pasteur de Paris.

D'une correspondance qu'ils ont sans doute inspirée et qui a été publiée par le *Figaro* du 11 septembre, nous apprenons que ces savants expérimentateurs, après s'être vaccinés préventivement avec le sérum antipestueux de Yersin, ont commencé aussitôt leurs études, et nous sommes heureux de pouvoir déjà communiquer le résultat de leurs premiers travaux.

La mission française pour l'étude de la peste à Oporto a confirmé l'exactitude du diagnostic établi par le professeur Dr Ricardo Jorge, qui est en même temps directeur du service municipal d'hygiène. Le microbe isolé du sang des malades est identique à celui rencontré dans les épidémies de l'Inde. Sa virulence est très grande.

Le nombre des cas de peste bubonique nettement constatés à Oporto, depuis le 5 juin, s'élevait le 5 septembre à 64, parmi lesquels on relevait 26 décès, soit environ une mortalité de 40,7 p. 100.

La peste frappe exclusivement jusqu'ici des personnes de la classe ouvrière. Elle n'est plus localisée, et se dissémine dans plusieurs quartiers. La saison est cependant défavorable pour sa propagation, mais il est fort à craindre que les pluies d'automne n'amènent une recrudescence de l'épidémie.

Les formes de la maladie sont tantôt la peste à bubons, tantôt la pneumonie pesteuse; cette dernière est presque toujours fatale.

On a commencé le traitement des maladies graves par le sérum antipesteux fourni par l'Institut Pasteur de Paris.

La mission française suit avec intérêt les résultats de ce traitement et espère surtout démontrer l'efficacité des vaccinations préventives par le sérum pour empêcher la diffusion de la maiadie.

Malgré l'avis des médecins les plus compétents, les autorités portugaises ont rigoureusement établi un cordon sanitaire autour d'Oporto.

Ce cordon enserre si étroitement la ville que les habitants éprouvent de grandes difficultés à se procurer des vivres.

Le commerce est totalement suspendu, les magasins sont fermés. Il est interdit de sortir d'Oporto et on n'est même pas admis à faire quarantaine, car il n'y a pas encore un seul lazaret terrestre organisé.

Nécrologie. — Le Dr Taulier; sénateur de Vaucluse, décédé subitement à Avignon, à l'âge de 52 ans. — Le Dr Barthélemy, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux de Nantes. — Le Dr Renard. de Pithiviers, reçu en 1892. — Le Dr Piéchaud, médecin du Sénat, est mort le 26 septembre en Seine-et-Marne où il était en vacances. Nous adressons à son frère, le professeur T. Piéchaud, de Bordeaux, nos plus simpathiques regrets.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Paludisme à Paris, par le Dr Manuel Vicente. Avec 52 figures dans le texte et hors texte. — Société d'éditions, 4, rue Antoine-Dubois.

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*